

別記第 1 号様式（第 6 条関係）

| | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 補助金交付申請書 | | 期間はあくまで見込みです。 事業完了に無理のない期間の 設定をお勧めします。 |
| 名称 | 八戸市結核予防事業費補助金 | |
| 期間 | 令和7年4月1日から 令和8年3月31日まで | |
| 補助金交付申請額 | 金 34,162 円 | |
| 添付書類 | 1 事業計画書（別記第 2 号様式） 2 補助金申請額内訳書（別記第 3 号様式） 3 収支予算書（別記第 4 号様式） 4 納税証明書又は市税の納付状況を公簿等により確認することに 同意する文書（別記第 5 号様式） 5 その他市長が必要と認める書類 | |
| 申請 令和 7 年 5 月 30 日 | | |
| (あて先) 八 戸 市 長 | | |
| 申請者 住 所 〒031-8686 青森県八戸市内丸一丁目 1 番 1 号 | | |
| 名 称 ○○法人 ○○ | | |
| 代表者職氏名 理事長 八戸 太郎 | | |

別記第2号様式（第6条、第10条関係）

施設入所者であって65歳以上もしくは当該年度中に65歳になる方が対象となります。

事業計画書・実績書

撮影方法の別は医療機関
にお問い合わせください。

（単位 人、円）

| 区分 | 対象人員 | 受診人員 | 間接撮影 | | | 直接撮影 | 備考 |
|-------------------|----------|------|-------------------|-------------|-------|-----------|----|
| | | | レンズ カメラ | ミラーカメラ | | | |
| | | | | 70mm | 100mm | | |
| 高等学校以上の 生徒及び学生 | | | | | | | |
| その他 | 29 | 29 | | | | 29 | |
| 計① | 29 | 29 | 受診予定人数を 記入します。 | | | 29 | |
| 補助基準単価 ② | | | @ | | \$ | @1,767 | |
| 補助基準額 ①×② | | | | | | 51,243 | |
| 事業開始年月日 | 令和7年4月1日 | | | 事業完了(予定)年月日 | | 令和8年3月31日 | |

受診予定人数を
記入します。

受診人数×補助基準単価
を記入します。

別記第3号様式（第6条、第10条関係）

補助金申請額・精算額内訳書

事業計画書にて算定した
補助基準額を記入します。

（単位：円）

| 区 分 | 総事業費 A | 寄附金その 他の収入額 B | 差 引 額 (A - B) C | 補助基準額 D | 補助基本額 E | 補助金所要額 F |
|-------|-----------|---------------------|-----------------------|------------|------------|-------------|
| 間接撮影費 | | | | | | |
| 直接撮影費 | | | | 51,243 | | |
| 合 計 | 54,230 | 0 | 0 | 51,243 | 51,243 | 34,162 |

注1 E欄には、C欄の合計金額及びD欄の合計金額を比較していずれか少ない方の金額を記入すること。

2 F欄には、E欄の金額に3分の2を乗じて得た金額を記入すること(1円未満切捨て)。

総事業費 A（事業に要する経費）は、見積もりや過去実績等を参考に、記入して下さい。

また、個人の健康状態により撮影体位、介助の有無等が未定な場合、全て臥位撮影として算定するなどし、実施に十分な額を記入してください。なお、例ではストレッチャー使用臥位撮影（単価 1,870 円（税込）と仮定）にて算定しています。

総事業費 A と補助基準額 D を比較し、いずれか少ない方の金額を記入します。

補助基本額 E に 3 分の 2 を乗じて得た金額を記入します。
(1 円未満切捨て)

別記第 4 号様式（第 6 条、第 10 条関係）

収支予算・精算書

収入の部

補助金所要額、その他収入等を
科目別に記入してください。

| 科 目 | 予 算 額 | (収入済額) | (差引増減額) | 備 考 |
|-------|--------|--------|---------|-----|
| | 円 | 円 | 円 | |
| 補助金収入 | 34,162 | | | |
| 施設負担 | 20,068 | | | |
| 合 計 | 54,230 | | | |

支出の部

| 科 目 | 予 算 額 | (支出済額) | (差引増減額) | 備 考 |
|------|--------|--------|---------|-----|
| | 円 | 円 | 円 | |
| 健診費用 | 54,230 | | | |
| 合 計 | 54,230 | | | |

令和 7 年 5 月 30 日

同 意 書

（あて先）八戸市長

〒031-8686

申請者 住所 青森県八戸市内丸一丁目 1 番 1 号

名称 〇〇法人 〇〇

代表者氏名 理事長 八戸 太郎

私は、八戸市結核予防補助金の申請に当たり、次の税目について、滞納していない旨証明するため、私の納税状況を確認することに同意します。

■ 法人市民税

■ 固定資産税

補助金の申請にあたっては、納税状況の確認をさせていただきます。
同意書の提出をお願いいたします。
※補助金要綱第 3 条第 2 項関係